

THÈSE  
POUR  
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1924

THESE

N° \_\_\_\_\_

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

MARIE-LOUISE SAURY

Née à Paris, le 27 Novembre 1896

---

Contribution à l'Etude Clinique

DES

Néphrites d'Origine Pharyngée

CHEZ LES ENFANTS

---

*Président : M. NOBÉCOURT, Professeur*

---

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

---

1924

I. — PROFESSEURS

|                                                                        | MM.            |
|------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Anatomie. . . . .                                                      | NICOLAS.       |
| Anatomie médico-chirurgicale. . . . .                                  | CUNÉO.         |
| Physiologie. . . . .                                                   | Ch. RICHET.    |
| Physique médicale. . . . .                                             | André BROCA.   |
| Chimie organique et chimie générale. . . . .                           | DESGREZ.       |
| Bactériologie. . . . .                                                 | BESANÇON.      |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale. . . . .                  | BRUMPT.        |
| Pathologie et thérapeutique générales. . . . .                         | Marcel LABBÉ.  |
| Pathologie médicale. . . . .                                           | SICARD.        |
| Pathologie chirurgicale. . . . .                                       | LECÈNE.        |
| Anatomie pathologique. . . . .                                         | LETULLE.       |
| Histologie. . . . .                                                    | PRENANT.       |
| Pharmacologie et matière médicale. . . . .                             | RICHAUD.       |
| Thérapeutique. . . . .                                                 | CARNOT.        |
| Hygiène. . . . .                                                       | Léon BERNARD.  |
| Médecine légale. . . . .                                               | BALTHAZARD.    |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie. . . . .                    | MÉNÉTRIER.     |
| Pathologie expérimentale et comparée. . . . .                          | ROGER.         |
| Clinique médicale. . . . .                                             | GILBERT.       |
|                                                                        | CHAUFFARD.     |
|                                                                        | ACHARD.        |
|                                                                        | WIDAL.         |
| Hygiène et clinique de la première enfance. . . . .                    | MARFAN.        |
| Clinique des maladies des enfants. . . . .                             | NOBÉCOURT.     |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale. . . . . | H. CLAUDE.     |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . .              | JEANSELME.     |
| Clinique des maladies du système nerveux. . . . .                      | GUILLAIN.      |
| Clinique des maladies infectieuses. . . . .                            | TEISSIER.      |
| Clinique chirurgicale. . . . .                                         | DELBET.        |
|                                                                        | HARTMANN.      |
|                                                                        | LEJARS.        |
|                                                                        | GOSSET.        |
| Clinique ophtalmologique. . . . .                                      | De LAPERSONNE  |
| Clinique urologique. . . . .                                           | LEGUEU.        |
| Clinique d'accouchements. . . . .                                      | COUVELAIRE.    |
|                                                                        | BRINDEAU.      |
|                                                                        | JEANNIN.       |
| Clinique gynécologique. . . . .                                        | J.-L. FAURE.   |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie. . . . .                 | BROCA Auguste. |
| Clinique thérapeutique médicale. . . . .                               | VAQUEZ.        |
| Clinique oto-rhino-laryngologique. . . . .                             | SEBILEAU.      |
| Clinique thérapeutique chirurgicale. . . . .                           | DUVAL.         |
| Clinique propédeutique. . . . .                                        | SERGENT.       |

## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

| MM.               |                                         | MM.                |                                         |
|-------------------|-----------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------|
| ABRAMI . . . . .  | Pathologie médicale                     | LABBÉ (Henri). . . | Chimie biologique.                      |
| ALGLAVE. . . . .  | Pathologie chirurgi-<br>cale.           | LARDENNOIS. . .    | Pathologie chirurgi-<br>cale.           |
| AUBERTIN . . . .  | Pathologie médicale.                    | LE LORIER. . . . . | Obstétrique.                            |
| BASSET. . . . .   | Pathologie chirurgi-<br>cale.           | LEMAITRE. . . . .  | Oto-rhino-laryngolo-<br>gie.            |
| BAUDOUIN. . . .   | Pathologie médicale.                    | LEMIERRE. . . . .  | Pathologie médicale.                    |
| BINET. . . . .    | Physiologie.                            | LÉVY-SOLAL. . . .  | Obstétrique.                            |
| BLANCHETIERE.     | Chimie biologique.                      | LHERMITTE. . . .   | Pathologie mentale.                     |
| BRANCA. . . . .   | Histologie.                             | LIAN. . . . .      | Pathologie médicale.                    |
| BRULÉ. . . . .    | Pathologie médicale.                    | MATHIEU. . . . .   | Pathologie chirurgi-<br>cale.           |
| BUSQUET. . . . .  | Pharmacologie et ma-<br>tière médicale. | METZGER. . . . .   | Obstétrique.                            |
| CADENAT . . . . . | Pathologie chirurgi-<br>cale.           | MOCQUOT. . . . .   | Pathologie chirurgi-<br>cale.           |
| CHAMPY. . . . .   | Histologie.                             | MONDOR. . . . .    | Pathologie chirurgi-<br>cale.           |
| CHIRAY. . . . .   | Pathologie médicale                     | MOURE. . . . .     | Pathologie chirurgi-<br>cale.           |
| CLERC. . . . .    | Pathologie médicale.                    | MULON. . . . .     | Histologie.                             |
| DEBRÉ. . . . .    | Hygiène.                                | PHILIBERT. . . .   | Bactériologie.                          |
| I. de JONG. . . . | Anatomie pathologi-<br>que.             | RIBIERRE . . . . . | Pathologie médicale.                    |
| DUVOIR . . . . .  | Médecine légale.                        | RICHET Fils. . . . | Physiologie.                            |
| ÉCALLE. . . . .   | Obstétrique.                            | ROUVIÈRE. . . . .  | Anatomie.                               |
| FIESSINGER. . . . | Pathologie médicale                     | STROHL. . . . .    | Physique médicale.                      |
| FOIX. . . . .     | Pathologie médicale.                    | TANON. . . . .     | Pathologie médicale.                    |
| GARNIER. . . . .  | Pathologie expéri-<br>mentale.          | TIFFENEAU . . . .  | Pharmacologie et ma-<br>tière médicale. |
| HARVIER. . . . .  | Pathologie médicale.                    | VAUDESCAL. . . .   | Obstétrique.                            |
| HEITZ-BOYER. . .  | Urologie.                               | VERNE. . . . .     | Histologie.                             |
| HOVELACQUE. . .   | Anatomie.                               | VILLARET. . . . .  | Pathologie médicale.                    |
| JOYEUX . . . . .  | Parasitologie.                          | WELTER. . . . .    | Ophthalmologie.                         |

## III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

| MM.              |                      | MM.               |                             |
|------------------|----------------------|-------------------|-----------------------------|
| CAMUS . . . . .  | Physiologie.         | RETTERER. . . . . | Histologie.                 |
| GOUGEROT. . . .  | Pathologie médicale. | ROUSSY . . . . .  | Anatomie pathologi-<br>que. |
| GUÉNIOT. . . . . | Obstétrique.         |                   |                             |

## IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

| MM.                  |                              | MM.              |                                  |
|----------------------|------------------------------|------------------|----------------------------------|
| AUVRAY. . . . .      | Clinique chirurgicale.       | OMBRÉDANNE. .    | Clinique chirurgicale infantile. |
| CHEVASSU. . . . .    | Clinique chirurgicale.       | PROUST. . . . .  | Clinique chirurgicale.           |
| LAIGNEL-LAVASTINE. . | Clinique médicale.           | RATHERY. . . . . | Clinique médicale.               |
| LEREBOULLET. .       | Clinique médicale infantile. | SCHWARTZ. . . .  | Clinique chirurgicale.           |
| LÉRI. . . . .        | Clinique médicale.           | TERRIEN. . . . . | Clinique ophtalmologique.        |
| LœPER. . . . .       | Clinique médicale.           |                  |                                  |

## V. — CHARGÉS DE COURS

|                                |   |                                                                                                                                        |
|--------------------------------|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . . . | } | Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes. |
| FREY. . . . .                  |   | Stomatologie.                                                                                                                          |
| N. . . . .                     |   | Éducation physique.                                                                                                                    |
| LEDOUX-LEBARD. . . . .         |   | Radiologie clinique.                                                                                                                   |

---

*Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

---

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A M. LE DOCTEUR ARROU

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A M. LE PROFESSEUR NOBÉCOURT

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE

*Qui nous fait le très grand honneur  
d'accepter la présidence de notre  
thèse.*



## Historique

---

Les complications générales des angines sont connues depuis longtemps. VERNEUIL les signale déjà en 1857, en décrivant une orchite amygdalienne « par métastase ».

L'un des premiers, LASÈGUE, en 1868 (traité des angines) éclaire la pathogénie de ces complications en décrivant l'angine comme une maladie générale : « certaines angines aiguës sont précédées d'un tel consensus de troubles généraux qu'on ne peut les considérer comme des lésions indifférentes ou réduire leur étude à celle des phénomènes locaux ».

Mais c'est surtout aux travaux de BOUCHARD (1880 et 1881) qu'il faut se reporter pour préciser les rapports de l'infection générale avec l'amygdalite. Il décrit les premiers cas d'amygdalites suivies de néphrite avec décharges bactériennes dans les urines et signale que des angines à répétition peuvent se compliquer de néphrite à chaque poussée.

KANNENBERG écrit de même : « On sait, par expérience que toutes les maladies inflammatoires des amygdales sont souvent accompagnées de néphrite aiguë », et RUAULT (traité de médecine CHARCOT-

BOUCHARD, article amygdalite catarrhale) : « Les néphrites infectieuses sont une des plus fréquentes de ces complications viscérales ».

Ces auteurs s'attachaient surtout à décrire les albuminuries aiguës, mais transitoires qu'on observe au cours des affections aiguës du rhino-pharynx.

On établit ensuite que les angines simples aiguës et même les affections chroniques du rhino-pharynx étaient susceptibles d'entraîner une néphrite vraie.

LANDOUZY (1883) pense que la maladie pharyngée et sa complication rénale sont des manifestations disparates, des localisations spéciales d'une même infection : « Amygdalite et néphrite sont l'expression polymorphe d'une même infection », et les néphrites sont si fréquemment observées qu'il peut dire que « les complications rénales sont aux maladies infectieuses ce que l'endocardite est au rhumatisme ». L'amygdalite ne serait donc qu'une localisation secondaire d'une infection générale qui rentre en même temps sur le rein.

Elle est cependant fréquemment la cause des accidents rénaux observés, les microbes pathogènes pénétrant dans l'organisme par le pharynx (JEANSELME, *Gazette des hôpitaux*, 1890) pour aller coloniser à distance, infecter le rein avec prédilection, mais aussi d'autres organes, les séreuses articulaires, l'endocarde, etc... (GALLOIS, Néphrite et endocardite chez les adénoïdiens, *Bulletin Médical*, 1897).

HUTINEL insiste sur ces faits (cours de la Faculté

1897. Leçons cliniques) et démontre que la fièvre amygdalienne, la fièvre ganglionnaire de PFEIFFER est une véritable infection d'origine pharyngée capable comme les autres maladies infectieuses d'amener des complications viscérales à distance. Il faisait ressortir en même temps, notion reprise par MARFAN et NOBECOURT, le rôle de la syphilis, en tant qu'elle facilite la localisation de l'infection nouvelle sur un organe déjà touché.

Citons encore (Sté Méd. des Hôp. 1888) la communication de FERNET qui rapporte un cas remarquable de contagion d'angine avec néphrite, se communiquant à trois ouvriers travaillant côte à côte ; la thèse de LETAINTURIER DE LACHAPELLE, celle de PALLEGOIX, inspirée par son maître M. COMBY, celle de SIGOGNE (1901).

La preuve de l'origine pharyngée de telles néphrites était encore faite par EPPINGER (*Wiener medizinische wochenschrift*, 1912), montrant que l'ablation des amygdales permet de guérir rapidement des néphrites hématuriques et albumineuses, datant de plusieurs mois.

Parmi les travaux modernes, nous avons utilisé les recherches statistiques des auteurs anglo-américains, HILL, de Boston, (1919), BAXTER, de Chicago, GLADIS BOYD (1922).

En France, le professeur CASTAIGNE réalise une véritable mise au point de la question. Nous avons fait de larges emprunts à ses importantes études, notamment à un article du *Journal Médical Fran-*

çais, d'octobre 1921, sur les « albuminuries, hématuries et néphrites, dues à une infection pharyngée ».

Enfin, le professeur NOBÉCOURT, s'est attaché depuis longtemps à l'étude des néphrites pharyngées ; Il en a étudié les conditions d'apparition et les symptômes, a insisté sur la bénignité habituelle de leur pronostic.

Après nous avoir accueillie plusieurs mois dans son service, il a bien voulu nous guider dans le choix de notre sujet de thèse et nous nous sommes constamment inspirée de ses leçons cliniques pour la rédaction de ce travail. Que notre Maître daigne trouver ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

---

## Étiologie-Pathogénie

---

Le pharynx se trouve en contact direct avec le milieu extérieur. Il est, de ce fait, en état d'infection constante, mais atténuée, latente, car il est adapté à sa fonction protectrice des voies aérienne et digestive, par la présence d'un tissu lymphoïde abondant.

On trouve, en effet, à ce niveau, des amas lymphatiques nombreux, les amygdales : amygdales palatines surtout, mais aussi amygdales linguales tubaires et tympaniques (Gerlach), pharyngienne (Luschka), entre lesquelles la muqueuse est parsemée d'îlots lymphatiques, formant une sorte de vaste lac lymphatique sous-muqueux. Ces organes sont à l'état rudimentaire chez le nourrisson ; ils arrivent à l'état de complet développement dans le courant de la deuxième année et sont alors doués de toute leur activité jusqu'à la puberté, après laquelle ils commencent à entrer en régression.

Cette évolution anatomique explique que les réactions inflammatoires du pharynx, sous l'influence des irritations multiples qu'il subit, seront surtout fréquentes dans la deuxième année, elles

sont rares chez le nourrisson, et deviennent de moins en moins fréquentes chez l'adulte et le vieillard.

Ces angines sont des réactions de défense du pharynx contre les microbes incessamment apportés par le courant d'air inspiratoire et dont la virulence peut s'exalter sous de multiples causes parmi lesquelles le froid, les traumatismes buccaux semblent jouer un rôle important.

Le pharynx réagit par son épithélium, par son tissu lymphatique propre, et enfin, par ses ganglions tributaires. Cette triple barrière tend à limiter, à cantonner l'infection, mais elle peut se laisser forcer sous le coup d'une poussée microbienne particulièrement virulente, à la suite d'accidents inflammatoires répétés, qui ont altéré l'épithélium et le tissu lymphoïde dans leur structure et leurs réactions. L'organisme n'étant plus protégé, les agents pathogènes peuvent envahir le milieu sanguin, coloniser à distance. De même qu'elles entraînent souvent des complications de propagation (otites, conjonctivites, bronchites), les angines pourront être à l'origine de maladies infectieuses générales, déterminer des localisations septico-toxémiques.

On sait, depuis longtemps, que nombre de maladies peuvent avoir leur point de départ dans le pharynx. Citons entre autres la tuberculose (DIEULAFOY), les méningites aiguës, la poliomyélite aiguë, peut-être l'encéphalite léthargique.

Des angines ont été parfois à l'origine de septicémies streptococciques mortelles, avec endocardite, arthrites suppurées, etc., mais ce sont les reins qui paraissent électivement atteints par ces infections à point de départ pharyngien.

Parmi ces néphrites, l'une est bien connue, la scarlatineuse, qui se produit de préférence à la période du syndrome d'infections secondaires ; appelée, sans doute par une affinité spéciale du virus scarlatin pour le rein (albuminurie du début), elle n'en paraît pas moins due à l'angine et au streptocoque, qui repullule dans la gorge, à la deuxième ou troisième semaine.

Nous ne parlerons pas ici de ces néphrites, nous bornant à l'étude de celles qui sont dues à une affection pharyngée pure. Elles s'observent surtout chez les enfants et leur fréquence paraît assez grande puisque la proportion de ces néphrites pharyngées par rapport aux néphrites de toutes causes, serait de 27 % d'après Hill de Boston (1919), de 22 % pour Herman Schwartz et Jérôme Kohn, de 53 % d'après Gladis Boyd (1922). Encore faut-il ajouter à ces chiffres un certain nombre de néphrites de cause inconnue, classées sous l'étiquette « a frigore » et qui sont fréquemment en rapport avec des accidents pharyngés méconnus.

Quelle est la pathogénie exacte de ces néphrites ? Par quelle voie l'infection qui paraît cantonnée dans la gorge va-t-elle retentir sur les reins ? C'est évidemment par la voie sanguine.

La gorge est l'habitat normal de nombreuses variétés microbiennes ; on y trouve des aérobies, streptocoques, staphylocoques, pneumocoques, des anaérobies à forme de cocci ou de bâtonnets, des spirilles, des champignons (*leptothrix*). Ces germes qui vivent à l'état de saprophytes peuvent acquérir une virulence morbide à l'occasion des lésions buccales ou nasales, des conditions d'appauvrissement de l'organisme, d'amoindrissement de ses défenses, dans la convalescence des maladies infectieuses, à la suite d'interventions locales (amygdalectomie). Parmi ces germes, ce sont les streptocoques, et accessoirement les staphylocoques dorés qui interviennent dans la production des néphrites.

Il est prouvé depuis longtemps que ces microbes peuvent, par la voie sanguine, créer des accidents secondaires à distance de leurs localisations primitives.

Bouchard décrivait les décharges bactériennes dans l'urine au cours des maladies infectieuses. Lexer badigeonnant la gorge de lapins avec des cultures virulentes de streptocoques observait qu'ils mouraient au bout de 24 à 48 heures avec des signes d'infection générale, et les examens anatomopathologiques démontraient la présence de streptocoques dans tous les viscères.

La pratique de l'hémoculture a prouvé, depuis lors, la réalité des septicémies.

Les recherches récentes de Gladis Boyd (1919), ont montré qu'on pouvait, par cette méthode, dé-

celer dans le sang un streptocoque hémolytique dans des cas d'amygdalites aiguës ; sur cinq malades, l'hémoculture a été positive trois fois et deux fois l'urine était virulente.

Les néphrites d'origine pharyngée peuvent donc résulter d'une véritable septicémie streptococcique et à la suite de certaines néphrites mortelles il a été possible de voir des microbes sur des coupes histologiques du rein. Mais on observe fréquemment des atteintes rénales légères, fugaces, à la suite d'angines aiguës ou de pharyngites chroniques ; et même dans des cas de néphrite sérieuse, il est souvent impossible de faire la preuve d'une bactériémie et d'une bactériurie transitoires. Il est vraisemblable que dans un grand nombre de cas, le streptocoque n'agit que par ses toxines sans quitter le pharynx. On peut observer des néphrites au cours de la diphtérie et l'on sait que le bacille de Loeffler ne quitte pas les fausses membranes pharyngiennes : il s'agit donc là d'accidents toxémiques (1).

Cette imprégnation de l'organisme par les toxines microbiennes solubles est aussi fréquente dans les angines aiguës non spécifiques qui s'accompagnent souvent d'un cortège de signes généraux impressionnants (fièvre élevée, adynamie) et c'est par le mécanisme de cette toxémie qu'on observe des accidents disparates, qu'il s'agisse d'albuminu-

---

(1) Il faut néanmoins, dans la pathogénie de ces accidents faire la part des germes d'accompagnement.

ries, cas les plus fréquents, ou de troubles plus exceptionnels, tels que des faits d'asthénopie accommodative, voire même de paralysie totale mais transitoire de l'accommodation (de Lapersonne).

La cause déterminante de ces néphrites est donc le streptocoque, rarement le staphylocoque, responsable des accidents pharyngés, qu'il agisse par ses endotoxines ou par ses toxines solubles.

Mais il y a des causes adjuvantes ; les angines sont très fréquentes et le pourcentage des néphrites qu'elles occasionnent est faible. Les débiles et convalescents de maladies infectieuses sont plus aptes à faire cette complication. Enfin, les altérations chroniques locales y prédisposent : ces néphrites sont d'apparition plus facile chez les enfants porteurs d'amygdales hypertrophiées, cryptiques, chroniquement enflammées, chez les adénoïdiens, ou à la suite d'interventions telles qu'ablation des amygdales réveillant un microbisme latent.

Peut-être aussi, y a-t-il lieu d'envisager un rôle éventuel de la tuberculose et surtout de la syphilis, en tant que facteurs d'altérations chroniques du tissu lymphoïde et des ganglions qui les empêchent de jouer leur rôle protecteur (HUTINEL, MAFAN, NOBÉCOURT).

Il est enfin, nombre d'enfants chez qui la néphrite se produit d'une façon primitive, en apparence au moins ; on dit néphrite « *a frigore* » comme on a dit au cours de la guerre, « *néphrite des tranchées* » (CASTAIGNE). Il s'agit évidemment,

dans ces cas de néphrites infectieuses dont le point de départ a passé inaperçu. Presque toujours, l'examen direct de la gorge étant négatif, c'est là rhinoscopie postérieure, l'examen du cavum au miroir, qui permettra d'en découvrir la cause : l'hypertrophie pathologique de l'amygdale pharyngienne due à la réaction exagérée du tissu lymphatique contre les microbes pathogènes venus du dehors, c'est l'infection de ces végétations adénoïdes qui est le plus souvent à l'origine des néphrites dites primitives.

---

## Symptomatologie

---

La néphrite peut apparaître au cours ou dans la convalescence des angines.

La néphrite tardive peut succéder à une albuminurie simple de la période d'état qui n'est parfois que le prélude d'accidents plus graves. Mais elle peut apparaître primitivement chez des sujets dont l'angine avait évolué normalement, sans complications, vers la guérison.

Ces complications rénales s'observent aussi chez des malades qui, n'ayant pas eu d'accidents angineux aigus récents, présentent un état d'infection chronique du rhino-pharynx décelable à l'examen direct de la gorge et à la rhinoscopie postérieure.

Cliniquement, le rein peut, à la suite des angines, manifester son atteinte de diverses façons. On ne constatera souvent que de l'albuminurie. D'autres fois, c'est un tableau de néphrite aiguë qui s'installe, analogue à ce qu'on observe dans la scarlatine. Dès maintenant nous insisterons sur la fréquence des hématuries au cours de ces néphrites (hématuries assez souvent observées au cours d'inflammations d'un autre organe lymphoïde, l'ap-

pendice, Gerber, thèse de Paris). Ou bien les manifestations rénales paraissent d'emblée chroniques.

Dans tous ces cas, ce qu'il importe de retenir, c'est la curabilité, la bénignité habituelle de ces néphrites qui cèdent ordinairement dès qu'on a nettoyé et désinfecté le pharynx, ce qui prouve bien leur origine.

### **L'albuminurie au cours des angines**

Elle est vraisemblablement le signe d'une néphrite passagère.

Elle est fréquente, sans gravité, et demeurerait latente si on ne la recherchait systématiquement par l'examen quotidien des urines. Elle ne se traduit, en effet, par aucun signe clinique.

Légère, fugace, minime, atteignant exceptionnellement un à deux grammes par litre, elle apparaît vers le deuxième jour de l'angine et sa disparition rapide précède, en général, la guérison clinique. Elle constitue l'unique symptôme de néphrite. Il n'y a, en effet, aucun autre trouble urinaire ; on n'observe ni hématurie, ni cylindrurie, ni imperméabilité rénale à l'urée et aux chlorures. On a expliqué cette albuminurie soit par un trouble apporté dans les albumines du sérum par la fièvre, rendant possible leur transsudation à travers le filtre rénal, soit par un trouble de la circulation rénale lié à la tachycardie. BOUCHARD a montré qu'il s'agissait là d'une albuminurie irrétractile, ce qui,

pour cet auteur, impliquerait son origine sanguine ; il s'agit, plus vraisemblablement (CASTAIGNE) d'une lésion minime du rein, parcellaire, spontanément curable, due aux microbes eux-mêmes ou à leurs toxines.

Dans certains cas assez fréquents, l'atteinte du rein semble plus sérieuse et un symptôme nouveau apparaît : l'hématurie. Il ne s'agit, cependant que d'hémorragies occultes, donnant tout au plus aux urines un aspect bouillon sale, décelables par les procédés microchimiques habituels (examen histologique du culot de centrifugation — réactions de Weber et Mayer). Elles s'accompagnent habituellement de cylindrurie discrète.

Quoi qu'il en soit, le pronostic de ces albuminuries est des plus favorables. La guérison rapide est la règle et elle est en général définitive. Il faut cependant surveiller ces malades au cours de leur convalescence car il n'est pas exceptionnel qu'ils présentent à ce moment de nouveaux troubles rénaux, soit simplement de l'albuminurie, soit une néphrite subaiguë plus impressionnante. L'albuminurie enfin, est susceptible de reparaitre à chaque nouvelle poussée angineuse.

Elle disparaît définitivement, au contraire, quand un traitement médico-chirurgical a supprimé le foyer d'infection pharyngé (voir plus loin, observation de Le Gendre).

### La néphrite aiguë

Elle est beaucoup moins fréquente. Elle peut avoir un début brusque (obs. 6). Un enfant est traité pour une angine aiguë fébrile banale ; l'examen des urines ne dénote aucun trouble rénal quand, subitement, se manifeste un syndrome de néphrite aiguë. La température qui était redevenue normale s'élève brusquement à 39 ou 40 degrés, des douleurs lombaires apparaissent, l'enfant est pâle, abattu, les urines sont peu abondantes, foncées, albumineuses, voire sanglantes. Un tel début est assez rare : le plus souvent l'enfant est amené à l'hôpital pour des accidents subaigus moins impressionnants.

Il s'agit ordinairement d'œdèmes.

On se trouve en présence d'un malade qui, depuis quelques jours ou quelques semaines, présente un peu de bouffissure des paupières, une pâleur spéciale, un gonflement intermittent ou permanent des chevilles. Les urines sont rares et albumineuses, troubles, parfois sanguinolentes ; de tels signes cliniques ne peuvent faire douter de la néphrite, l'examen du sujet, les commémoratifs permettront d'en découvrir la nature.

En l'absence d'autres causes (ce tableau éveillant toujours l'idée d'une scarlatine fruste), on examine le pharynx. Les amygdales sont hypertrophiées, anfractueuses, enchatonnées, souvent cryptiques, obstruant l'isthme pharyngien. La respira-

tion nasale est plus ou moins gênée. l'enfant a souvent l'aspect d'un adénoïdien. Du reste, ses antécédents relatent des angines à répétition et il n'est pas rare d'apprendre que le début de la néphrite a été marqué par une poussée infectieuse amygdalienne aiguë fébrile. D'autres fois, c'est dans la convalescence d'une angine, alors que le petit malade paraissait rétabli, que les accidents apparaissent (obs. 6). Dans tous ces cas, l'examen de la gorge sera utilement complété par une recherche bactériologique des germes en cause à l'examen direct sur lame et à la culture ; dans la majorité des cas, on a affaire au streptocoque, rarement au staphylocoque.

Il s'agit donc d'une néphrite avec rétention chlorurée, albuminurie, hématurie.

La rétention chlorurée est le plus souvent le symptôme révélateur. Elle peut rester légère, se borner à une simple bouffissure de la face avec œdème des malléoles et rétrocéder rapidement sous l'influence du traitement. Dans d'autres cas, surtout quand l'enfant est amené tardivement à l'hôpital, les œdèmes peuvent s'étendre, des malléoles envahir les membres inférieurs, les parties génitales, la région inférieure de l'abdomen. On peut voir se constituer un anasarque généralisé avec infiltration des téguments et épanchements dans les séreuses (ascite, hydrothorax, hydropéricarde).

Les œdèmes, la rétention hydro-chlorurée qu'ils comportent, rendent compte de l'oligurie.

Les urines sont peu abondantes, peuvent tomber à 500, 400 grammes ou moins ; elles sont denses, foncées, rouges, troubles, d'aspect bouillon sale et laissent déposer un sédiment briqueté abondant. L'albuminurie est constante, notable, pouvant atteindre un à deux grammes, dépassant rarement 4 grammes. L'examen du culot de centrifugation y décèle des cylindres granuleux, hyalins et hématiques, des leucocytes, des hématies, parfois des germes. Il y a, d'une façon constante, des hématuries microscopiques, qu'on peut encore déceler par les réactions chimiques. Nous reviendrons ultérieurement sur la valeur et l'importance de ces hématuries dans le type de néphrite qui nous intéresse.

La diminution du taux des urines influe parallèlement sur l'appareil cardio-vasculaire. On voit la tension artérielle monter, elle s'élève de deux à cinq ou six cm. de Hg. Le pouls est plein, régulier, la pointe du cœur s'abaisse, le deuxième bruit à la base est fort ; dans des cas extrêmes et peu fréquents, le ventricule gauche dilaté, peut même se laisser forcer, un bruit de galop (obs. 4), et même parfois un souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle peuvent se faire entendre. Il en résulte une dilatation du cœur droit avec augmentation de volume du foie qui devient douloureux, stase pulmonaire, troubles asystoliques.

Les autres appareils sont touchés à un moindre degré.

La dyspnée fréquente, surtout dans les formes sévères, peut être due à des bronchites albumineuses (LASEGUE).

Les troubles digestifs font rarement défaut, mais ils restent ordinairement légers ; la langue est saburrale, le malade se plaint de nausées, d'une sensation de barre épigastrique, on note parfois des vomissements et de la diarrhée.

Les troubles nerveux sont plus rares ; ils dépendraient d'une rétention azotée importante.

Cette rétention azotée est notée dans plusieurs de nos observations ; elle peut atteindre plusieurs grammes par litre de sérum. Elle ne comporte pas cependant un pronostic défavorable : elle relève moins, en effet, d'une altération cellulaire et d'un trouble de la concentration que de l'oligurie (on sait que 500 grammes d'urine sont nécessaires pour éliminer 25 grammes d'urée journalière), obs. 7.

Lorsque la décharge urinaire se produit, l'azotémie se résout rapidement et l'urée retenue s'élimine (voir obs. 1 et 7).

Quant aux signes infectieux au cours de ces néphrites, ils sont inconstants et peu marqués, beaucoup plus en rapport avec le degré d'infection du rhino-pharynx qu'avec l'altération des reins. La température est variable, irrégulière, l'apyrexie n'est pas rare.

On constate parfois au cours de l'évolution de ces néphrites certains troubles tels que des douleurs articulaires. (LAURE et BENCIT GONIN, thèse de Lyon)

1882), en concluaient que beaucoup de ces néphrites compliquant des angines sont rhumatismales. On sait, actuellement, qu'il ne s'agit là que d'un trouble de toxi-infection générale, d'une complication de l'amygdalite infectieuse au même titre que l'atteinte rénale. « La fréquence des douleurs articulaires au cours des angines compliquées de néphrite affirment seulement l'intensité de l'infection dans ces cas ; elle prouve que l'amygdalite doit vraiment être considérée comme une maladie générale et non comme une simple lésion locale » (SIGOGNE).

Du reste, il est encore possible de voir évoluer parallèlement un rhumatisme articulaire aigu typique compliquée d'endocardite et une angine aiguë compliquée de néphrite (obs. 7).

---

## Evolution

---

Sous l'influence d'un traitement approprié, on voit le plus souvent apparaître en quelques jours ou quelques semaines, une crise urinaire qui annonce la guérison. Les urines deviennent abondantes, elles sont riches en urée et en chlorures, l'albuminurie diminue progressivement, les hématuries disparaissent, les œdèmes se résorbent et l'on peut cliniquement affirmer la guérison.

Mais, à l'occasion d'écarts de régime dans la convalescence, sous l'influence d'une nouvelle poussée infectieuse amygdalienne (obs. 7 et 11), ou d'infections surajoutées telles qu'un érysipèle (obs. 4), on peut voir brusquement l'albuminurie, les hématuries, les œdèmes se reproduire.

Exceptionnellement, la néphrite aboutit à l'anurie avec céphalée, dyspnée, vomissements, diarrhée, troubles oculaires, petits signes nerveux. L'anurie peut même persister quelques jours, mais le plus souvent, elle cède brusquement à une débâcle urinaire qui amène la guérison.

Les accidents graves qui peuvent survenir au cours des néphrites scarlatineuses (grands accidents

nerveux, convulsions, hyperthermie, urémie mortelle), ne s'observent guère dans les néphrites pharyngées banales.

Si l'on pratique après la guérison clinique les différentes épreuves de fonctionnement rénal, azotémie provoquée, albuminurie provoquée, chlorurie alimentaire, on verra qu'il ne persiste aucune imperméabilité rénale.

Le pronostic vital est donc excellent ; la guérison est la règle. Nous indiquerons plus loin les réserves que peut comporter le passage éventuel de ces lésions à l'état chronique.

Dans tous les cas, il faut surveiller attentivement le pharynx de ces sujets et en traiter les altérations médicalement ou chirurgicalement, suivant les besoins, pour écarter définitivement le danger d'accidents rénaux à répétition.

---

## Formes cliniques

---

Nous ne ferons que signaler de rares cas de néphrites œdémateuses pures, sans albuminurie.

### A. Formes hématuriques

Ce sont les plus intéressantes et, au dire des auteurs, les plus fréquemment observées dans ces néphrites d'origine pharyngée.

Nous avons décrit ces hématuries microscopiques donnant aux urines un aspect bouillon sale, qu'on relèvera d'une façon quasi-constante dans nos observations.

Mais l'hématurie peut être le symptôme dominant et même unique de la néphrite.

Il s'agit ici de cas où l'urine est manifestement sanglante. Le plus souvent, les signes de néphrite dominent la scène et le diagnostic de néphrite avec hématurie s'impose.

Mais, chez certains malades, l'hématurie constitue le premier et parfois le seul signe de néphrite (observation 5, CASTAIGNE). Il n'y a aucune rétention de l'urée ou des chlorures, aucune modification cardia-

que, pas de syndrome hypertensif. Cette complication apparaît et disparaît brusquement sans qu'il y ait d'albuminurie en dehors des débâcles sanguines et sa cause est d'autant plus difficile à reconnaître que les accidents pharyngés initiaux, passent facilement inaperçus.

CASTAIGNE rapporte plusieurs cas dans lesquels cette hématurie isolée, jointe à un assez mauvais état général, à des douleurs au niveau d'un rein perceptible à la palpation, avait fait poser le diagnostic de tuberculose rénale.

D'autres fois, c'est à une ptose rénale, à une lithiase du bassinet qu'on était tenté de rapporter l'hématurie, et des interventions pratiquées contre ces affections, étaient restées sans résultats. Il fallait chercher ailleurs la cause de ces néphrites : ici, encore, elle se trouve dans un état d'infection chronique du rhino-pharynx sur lequel se greffent, de temps à autre, des poussées aiguës, coïncidant avec une débâcle hématurique (obs. 9 et 10).

La preuve de l'origine pharyngée de ces néphrites hémorragiques est encore faite par le nettoyage chirurgical de la gorge qui amène la guérison, alors que les interventions portant sur les reins restent évidemment inefficaces (CASTAIGNE).

Ces formes hématuriques de la néphrite ne paraissent pas comporter un pronostic plus fâcheux que les formes banales, mais elles sont particulièrement tenaces, et risquant davantage de n'être pas diagnostiquées ou de l'être insuffisamment, récidivent.

vent souvent à plusieurs reprises, jusqu'à ce qu'on ait détergé le pharynx.

### **B. Formes albumineuses chroniques**

CASTAIGNE insiste sur la fréquence de ces albuminuries chroniques, constatées, à l'exclusion de toute autre cause apparente, chez des sujets qui présentent un état d'infection pharyngée.

Il s'agit de néphrite albumineuse simple, sans rétention ni azotée ni chlorurée, ni syndrome cardio-artériel, mais où l'on note, en même temps que la présence constante de cylindres granuleux dans l'urine — indice formel d'un processus inflammatoire rénal — la fréquence des hématuries occultes.

La preuve de l'origine pharyngée de ces albuminuries est faite.

1. Cliniquement : a) par la constatation d'infection amygdalienne chronique ou d'adénoïdite.

b) Par les poussées de néphrite aiguë qui peuvent survenir à l'occasion des accidents pharyngés aigus, greffés sur un état pathologique ancien.

2. Thérapeutiquement : Par l'action curative du traitement médical ou chirurgical, sur le pharynx infecté (obs. II). Toutes les albuminuries simples citées par Castaigne, certaines datant de plusieurs années, ont été guéries définitivement par le traitement des lésions de la gorge.

D'autre part, on peut rencontrer des néphrites avec rétention chlorurée ou azotée et même de véri-

tables néphrites mixtes chroniques d'emblée, dont l'origine pharyngée n'est pas douteuse. Ce sont, le plus souvent, des malades qui ont négligé de soigner leur albuminurie (inconnue parfois) ou de faire traiter leurs lésions pharyngées.

Le pronostic de ces néphrites paraît beaucoup plus grave ; certaines, en nombre assez faible, ont guéri après nettoyage de la gorge (chirurgical, hydro-minéral). D'autres ont évolué vers une azotémie lente, mortelle. Castaigne insiste, à ce propos, sur l'aggravation singulière de pronostic que détermine l'association de syphilis héréditaire aux lésions pharyngées.

La part de la syphilis était mise en valeur avant lui par HUTINEL, NOBÉCOURT et MARFAN. On sait le rôle important que ce dernier auteur fait jouer à l'hérédo-syphilis dans la production des végétations adénoïdes du nourrisson.

Ces néphrites pharyngo-syphilitiques ont, dans tous les cas, un pronostic assez sombre et sont justiciables d'un traitement complexe dirigé à la fois contre les lésions rhino-pharyngées et les manifestations de l'hérédo-syphilis.

---

## Pronostic

---

Le professeur NOBÉCOURT insiste sur la bénignité de ces néphrites, tout au moins en ce qui concerne leur pronostic immédiat (voir nos observations).

C'est l'avenir des malades qui est surtout à étudier.

Nous venons de voir que le traitement des lésions pharyngées amenait en général la guérison définitive des albuminuries chroniques et de beaucoup de néphrites mixtes, pour tant qu'elles ne soient pas aggravées d'un facteur syphilitique.

En ce qui concerne les sujets qui ont présenté un des types de néphrite aiguë décrits plus haut, peut-on espérer une guérison aussi parfaite ? Les lésions rénales ne sont-elles pas irréductibles ? Le professeur NOBÉCOURT estime que la guérison définitive est également la règle. Dans la pratique, les différentes épreuves physiologiques de l'albuminurie et l'azotémie provoquées, de la chlorurie alimentaire indiquent un retour parfait aux fonctions normales des reins.

Si parfois la néphrite persiste des mois, voire des années sans amélioration pour aboutir à une urémie

lente, mortelle, ce sont là des cas d'exception : le plus souvent, la terminaison est rapidement favorable.

Mais il est impossible de dire aux premières phases de la néphrite quel en sera le pronostic ultérieur ; les symptômes les plus graves, les plus alarmants, peuvent disparaître sans laisser de trace. Il ne semble pas que l'on puisse voir dans cette atteinte des reins à l'occasion des lésions pharyngées, une prédisposition à la néphrite chronique de l'adulte.

« D'une façon générale, ici comme dans toutes les néphrites de l'enfant, il faut se garder d'un pronostic trop sévère, parce que chez les enfants, les organes sont en pleine activité de croissance et que, par suite, si les lésions du rein ne sont pas trop profondes, il peut se produire dans certaines parties, un processus de suppléance qui réalise, en quelque sorte, l'« hypertrophie de compensation » dont CHAUFFARD montre la réalité dans la néphrite de l'adulte ».

« Mais, tandis que chez l'adulte ce dernier exige de conditions particulières, chez l'enfant il est, pour ainsi dire, physiologique » (NOBÉCOURT).

Rappelons que les néphrites scarlatineuses, qui, du point de vue pathogénique, se rapprochent tant des néphrites pharyngées banales, partageraient, en général, le même pronostic favorable. Si M. CASTAIGNE voit volontiers dans une scarlatine de l'enfance, l'origine d'une néphrite chronique que la cli-

nique ne permet de rattacher à aucune autre cause, d'autres auteurs (TESSIER, de Paris) pensent que ces lésions n'engendrent que très exceptionnellement la néphrite chronique de l'adulte.

---

## Diagnostic

---

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic de la néphrite elle-même. Elle est ordinairement facile à reconnaître quand on constate des accidents d'albuminurie, d'œdèmes, d'hématurie. Nous avons montré plus haut, cependant, que le diagnostic des hématuries isolées comme symptôme de néphrite n'allait pas sans quelques difficultés ; on pense à une tuberculose rénale, à une lithiase du bassinet jusqu'à ce que les lésions pharyngées se manifestent.

La question de leur origine domine, en effet, toute la pathologie de ces néphrites, et elles ne peuvent être efficacement traitées qu'autant que les lésions initiales sont connues.

Chez un enfant qui présente un syndrome de néphrite, la première hypothèse qui se présente à l'esprit de l'observateur est celle d'une scarlatine fruste dont les signes (léger mal de gorge, mouvement fébrile, éruption discrète et fugace) ont passé inaperçus.

En l'absence de cette cause, il est actuellement classique d'examiner le pharynx. Ses lésions sont

souvent manifestes. Mais il est des cas où l'examen direct de la gorge ne montre aucune anomalie ; il fait alors rechercher plus haut avec le miroir pharyngien une lésion du cavum, des végétations adénoïdes infectées qui permettront de classer sous une étiquette plus précise, une néphrite « a frigore » d'apparence primitive.

Il importe également de rechercher avec soin les signes de tuberculose et surtout de syphilis, car de telles causes surajoutées modifient profondément le pronostic et créent de nouvelles indications thérapeutiques.

---

## Traitement

---

Le traitement du syndrome est trop connu pour que nous y insistions ; ces néphrites ne sont guère rebelles à la thérapeutique courante et sous l'influence des moyens diététiques et médicamenteux habituels, on voit rapidement albuminurie, œdèmes, hématuries disparaître.

Toute la thérapeutique est ici, comme toujours, dominée par la cure des lésions originelles du foyer d'infection qui entretient les altérations rénales. Il importe, en effet, de ne pas laisser indéfiniment, au régime lacté, ces petits albuminuriques qu'on mènerait fatalement à la tuberculose alors qu'il est facile de les guérir.

Le pharynx sera examiné à fond et désinfecté médicalement ; c'est la première indication à remplir lorsqu'on croit y trouver la cause de la néphrite. Ultérieurement, en vue d'éviter le réveil d'accidents semblables, le malade sera, la plupart du temps, justiciable d'interventions chirurgicales (amygdalectomie, adénoïdectomie).

Il y a des succès durables à la suite d'un traitement médical pur, suivi, autant que possible, d'une

cure hydro-minérale (St-Honoré-les-Bains). Il sera toujours bon, du reste, d'associer cette cure minérale au traitement chirurgical. On obtient ainsi, nous l'avons vu, une guérison presque toujours définitive de ces néphrites.

Quand on soupçonne une syphilis héréditaire de jouer un rôle dans la pathogénie des accidents rénaux, il faut évidemment associer aux prescriptions habituelles, un traitement spécifique par les sels mercuriels ou arsenicaux ou par les frictions à l'onguent napolitain. Le traitement sera conduit prudemment, en tenant compte de la susceptibilité individuelle de ces sujets convalescents de néphrite et après étude des fonctions physiologiques de leurs reins.

Il serait enfin à souhaiter que des mesures prophylactiques préviennent l'apparition de ces néphrites. Elles sont difficiles à indiquer. Le rôle du médecin sera de conseiller le nettoyage de la gorge, dès qu'elle paraîtra suspecte, d'examiner attentivement les urines au cours des accidents angineux, de veiller à ne pas laisser inaperçues ces albuminuries d'origine pharyngée, qui, pour ne se manifester par aucun signe clinique, n'en sont pas moins capables, sous certaines conditions, d'entraîner des lésions plus graves, parfois irrémédiables.

---

## Observations

---

Nous remercions vivement M. le Professeur Nobécourt qui nous a autorisée à reproduire un certain nombre d'observations, prises dans son service.

### OBSERVATION I

Le 29 mars 1922 entre salle Bouchut un enfant de 8 ans chez lequel on avait constaté, huit jours auparavant, de la bouffissure du visage et de l'œdème des membres inférieurs ; malgré le régime lacté institué immédiatement, l'œdème avait persisté ; l'enfant présentait des vomissements, les urines étaient rares, foncées, albumineuses.

A l'entrée dans le service, l'enfant présente un œdème généralisé. La langue est saburrale, mais les vomissements ont cessé, les fonctions intestinales sont normales.

Les urines sont peu abondantes (600 cc.), troubles, brunâtres, très albumineuses. La réaction de Mayer est positive. L'examen du culot de centrifugation montre des hématies et des leucocytes surtout polynucléaires très altérés.

Le foie déborde légèrement les fausses côtes.

On entend quelques sous-crépitaux aux bases pulmonaires.

Le cœur est un peu gros, mais la tension artérielle est normale. On trouve 0,73 cc. d'urée dans le sang.

Il n'y a aucun signe de tuberculose et de syphilis.

L'examen du pharynx permet de découvrir la cause de cette néphrite. La paroi postérieure du pharynx est rouge, couverte de muco-pus, les amygdales sont volumineuses, cryptiques, enchatonnées, l'enfant est porteur de végétations adénoïdes.

Ce malade fut d'abord soumis à la diète hydrique, puis on lui redonna du lait en quantités croissantes. L'œdème s'est résorbé rapidement, le taux de l'urée sanguine s'est abaissé à 0 gr. 42. Les urines ont augmenté de volume, mais elles restent troubles et légèrement albumineuses.

---

## OBSERVATION II

Yvonne V..., 8 ans et demi, entre salle Parrot le 21 août 1922.

Depuis environ un mois, la mère avait constaté de la bouffissure du visage et de l'œdème des membres inférieurs au niveau des chevilles. L'enfant avait été mise par son médecin au régime déchloruré; les œdèmes avaient diminué mais réapparaissaient au moindre écart de régime.

Examen à l'entrée :

Enfant un peu dystrophique, facies adénoïdien, bouche entr'ouverte, protrusion du maxillaire supérieur, dents mal plantées, au bord libre crénelé. Amygdales hypertrophiées, anfractueuses, volumineuses végétations adénoïdes. Hypertrophie polypoïde du cornet inférieur droit.

On note de l'œdème du visage et des membres inférieurs.

Les urines sont peu abondantes (un demi-litre), troubles, brunâtres, laissant un dépôt abondant; elles ren-

ferment 4 gr. d'albumine par litre. Les réactions habituelles y décèlent du sang.

Cœur un peu gros. Tension artérielle élevée (13-9).

Le foie déborde légèrement les fausses-côtes.

Il y a 43 cc. d'urée dans le sang.

Rien dans les antécédents de l'enfant, sauf une rougeole à 6 ans. Le Wassermann est négatif. Deux cuti-réactions ont été négatives.

L'œdème a disparu en quelques jours. Les urines ont augmenté progressivement de volume, le douzième jour de son séjour à l'hôpital, elles atteignaient 2 litres.

L'albumine est tombée progressivement à 2 grammes 1 gr. 50, 1 gr., 0 gr. 50, mais elle persiste et à certains jours remonte à 1 gr.

Pas d'hématuries macroscopiques, mais le Mayer reste positif.

On a désinfecté le pharynx de l'enfant et pratiqué l'ablation des végétations adénoïdes. Elle est sortie le 19 novembre ; les urines contenaient encore 1 gr. d'albumine par litre, les œdèmes avaient disparu. La néphrite n'était pas guérie, mais nettement améliorée.

---

### OBSERVATION III

Adrienne V..., 12 ans, entre le 25 mai 1921, salle Parrot.

Née à terme.

Opérée trois fois des végétations à un an, quatre ans et demi, 8 ans.

En 1919, on constate chez l'enfant de l'œdème des membres inférieurs. Elle n'a jamais eu ni scarlatine, ni angine. On pratique l'ablation des amygdales en octobre 1920.

Il y a cinq mois, apparaît de l'œdème des membres inférieurs et de la face. L'examen des urines décèle la présence d'albumine (0 gr. 90 par litre).

Après repos et régime déchloruré, l'albumine disparaît, l'état général de l'enfant se relève, mais au moindre écart de régime, l'albumine réapparaît.

L'enfant se plaignait de céphalées fréquentes, de crampes dans les mollets, de palpitations, de dyspnée, d'effort, de somnolence, d'anorexie.

Elle entre à l'hôpital avec un œdème des membres inférieurs et de la face.

Les urines sont peu abondantes, ne dépassent pas un litre, sont fortement colorées. Elles contiennent 70 cent. d'albumine par litre. On y décèle des hématuries oculaires.

Rétention chlorurée légère. Pas de rétention azotée.

La tension artérielle est de 15-8. Au cœur, on constate de l'éclat du 2<sup>e</sup> bruit au foyer aortique sans qu'il y ait hypertrophie du ventricule gauche.

Il n'y a ni tuberculose ni syphilis.

L'examen du pharynx montre une pharyngite granuleuse chronique : la paroi postérieure est irrégulière, tomenteuse, présente des bourrelets muqueux, très vascularisés. Mucopus abondant.

---

#### OBSERVATION IV

Enfant de 9 ans et demi, entre dans le service le 13 novembre 1921.

Antécédents personnels : coqueluche, varicelle, fréquence des coryzas et des angines.

Cet enfant était traité depuis avril 1921 par M. X..., qui avait constaté de l'œdème de la face, des membres

inférieurs et des bourses, et de l'albuminurie. Cette première poussée d'œdème dure 8 jours et cède au repos et au régime lacté. Mais depuis cette époque, chaque angine, chaque rhume faisait reparaître l'œdème. De plus, malgré tout traitement, l'albumine s'est maintenue, même dans l'intervalle des poussées d'œdème, aux environs de 6 gr. Au mois de mai, les symptômes s'exagèrent : albuminurie, anasarque, hydro-thorax gauche. On note un bruit de galop. Après traitement à la digitaline, les œdèmes diminuent sans disparaître complètement et c'est avec un œdème généralisé des téguments, sans ascite ni hydro-thorax, qu'il entre dans le service.

On note à l'examen :

Des urines troubles, foncées, peu abondantes (500 cc.), fortement albumineuses (10 à 15 gr. par litre). L'examen du culot de centrifugation montre de nombreux cylindres granuleux et leucocôytes, quelques hématies.

Le cœur est un peu gros. Tension artérielle : 12-9.

Urée sanguine : 0,65 cent. par litre de sérum.

Foie et rate normaux.

Aucun signe de syphilis ou de tuberculose, le Wassermann est négatif.

A l'examen du pharynx, on trouve des amygdales volumineuses, anfractueuses, irrégulières (nous avons noté la fréquence des poussées angineuses chez ce malade et la réapparition des œdèmes à chaque mal de gorge). L'œdème de la luette rend le toucher paryngien impossible, mais on trouve au miroir une adénoïdite subaiguë. De plus, rhinite chronique atrophique.

Evolution : l'œdème persiste longtemps ; seule, la digitaline augmente le volume des urines et fait diminuer l'albuminurie qui n'est plus (février 1922) que de 2 gr. L'urée sanguine a baissé de 0,65 à 0,17 et l'épreuve de l'azotémie provoquée n'élève pas le taux de l'urée sanguine. La tension artérielle minima est tombée de 9 à 7.

Il est à noter que l'enfant eut, pendant l'évolution de sa néphrite, un érysipèle de la face peu fébrile, mais avec retentissement rénal se traduisant par une albuminurie de 20 gr. pendant quelques jours.

### OBSERVATION V

Enfant de 5 ans qui entre à l'hôpital le 23 mai 1922 pour hématurie.

Né à terme, nourri au sein jusqu'à 19 mois.

On note dans ses antécédents des maux de gorge fréquents.

L'enfant dort habituellement la bouche ouverte.

Environ un mois avant son entrée dans le service, l'enfant se plaignait de l'étroitesse de ses chaussures et sa mère remarque, à ce moment, que les jambes sont enflées, surtout au niveau des chevilles ; les paupières sont légèrement bouffies.

Le 20 mai, trois jours avant son entrée dans le service, l'enfant est somnolent, fiévreux, se plaint de maux de tête, s'agite la nuit.

Le lendemain matin, les urines sont troubles, rougeâtres, laissant au fond du vase un dépôt rouge avec filaments blanchâtres. Dans la journée, l'enfant se plaint de douleurs dans le bas ventre sans localisation nette. Il entre à l'hôpital le 23, les hématuries continuent pendant une journée, puis disparaissent complètement et les urines redeviennent claires. A l'examen, l'enfant présente des stigmates de rachitisme : de grosses épiphyses, une crête tibiale épaissie ; les dents sont normales.

Il est porteur de grosses amygdales enchatonnées et de végétations adénoïdes.

Le cœur est gros, le deuxième bruit clangoreux à la base, la tension artérielle est de  $14 \frac{1}{2}$ -7.

Urée sanguine : 0 gr. 44.

Les épreuves de l'azotémie provoquée et de la chlorurie alimentaires sont négatives.

L'enfant est sorti guéri le 27 juin.

## OBSERVATION VI

Enfant de 5 ans, entre à l'hôpital le 6 août 1922 pour une angine durant depuis quinze jours.

Né à 7 mois, grossesse gémellaire. Nourri au sein jusqu'à un an.

Il ronfle la nuit et respire la bouche ouverte.

Examen à l'entrée :

Angine banale : amygdales rouges et hypertrophiées sans exsudats pultacés, le pharynx est rouge, on trouve des végétations adénoïdes.

Il y a des signes d'adénopathie trachéo-bronchique.

Le Wassermann est positif.

La température est de 38°7 ; les urines sont normales.

Le 18 août, deux jours après son entrée, la température tombe à 36°6.

Mais le 19, se produit une ascension brusque à 40°1.

L'enfant est pâle, somnolent, les selles sont diarrhéiques, fétides, les urines sont rares, foncées, contiennent 0,30 cent. d'albumine par litre et du sang.

Tension artérielle : 11  $\frac{1}{2}$ -5.

Le cœur est gros ; l'auscultation révèle un souffle d'insuffisance mitrale ancienne.

Urée sanguine : 0 gr. 22.

Le 25 août, l'examen des urines montre : albumine 0 gr. 50, Mayer positif, leucocytes et hématies nombreux.

La néphrite évolue favorablement ; environ une dizai-

ne de jours après le début, on ne constate plus de sang dans l'urine et l'albumine disparaît.

L'enfant sort guéri au milieu du mois de septembre.

---

## OBSERVATION VII

Fillette de 13 ans et demi, malade depuis le 10 février.

Elle a vu apparaître à cette date de l'œdème des membres inférieurs et de la face sans fièvre, en même temps qu'elle remarquait des modifications urinaires.

A l'entrée, elle présente un œdème modéré des membres inférieurs, de la bouffissure des paupières.

Les urines ont peu abondantes, troubles, brunâtres, renferment 8 gr. d'albumine par litre. Réaction de Mayer positive.

L'examen histologique du sédiment montre des cylindres hématiques et quelques hématies.

Le cœur est gros, élargi transversalement. La tension artérielle maxima est un peu élevée (16-9). On entend un souffle systolique apexien et un léger roulement diastolique.

Le taux de l'urée sanguine est très augmenté : 3 gr. 18.

On ne trouve aucun signe de tuberculose ni de syphilis.

Il s'agit d'une néphrite aiguë hématurique, avec rétentions hydro-chlorurée et azotée, coïncidant avec une endocardite aiguë.

L'anamnèse apprend que l'enfant a eu, un mois avant l'apparition des phénomènes de néphrite, une angine aiguë suivie de douleurs articulaires frustes.

L'endocardite évolue favorablement, et la néphrite s'améliore progressivement avec le traitement habituel.

Au bout de 15 à 20 jours, le taux des urines monte à

1 l 1/2 ou 2 l., mais elles sont franchement sanglantes. Le sang n'a commencé à diminuer que deux mois après le début de la maladie.

Le taux de l'albuminurie s'est maintenu à 7 ou 8 gr. par litre pendant quelques jours, puis est tombé à 2 gr. 50, 2 gr., 1 gr., 0 gr. 75. L'albuminurie diminuait alors que l'hématurie devenait plus abondante.

L'œdème s'est résorbé lentement.

L'azotémie persiste longtemps et tombe peu à peu, de 3 gr. 18 à 2 gr., 1 gr. 18, 0 gr. 40, 0 gr. 27.

La tension artérielle tombe à 14-8.

Enfin, l'enfant paraissait en pleine convalescence quand subitement, à l'occasion d'une rhino-pharyngite fébrile, l'hématurie reparait avec autant d'abondance qu'autrefois.

---

### OBSERVATION VIII

Enfant de 8 ans, entré le 19 mars 1921, au 8<sup>e</sup> jour d'une néphrite avec œdème généralisé, albuminurie importante, grosses hématuries.

Il n'y a aucun signe de syphilis ou de tuberculose, mais l'examen du rhino-pharynx montre des végétations adénoïdes infectées et des amygdales volumineuses, cryptiques, enchatonnées.

Sous l'influence du traitement, l'œdème se résorbe en 15 jours, les hématuries cessent au bout de deux mois, l'albuminurie disparaît. Seul, le taux de l'azotémie reste élevé, 0 gr. 73, malgré un régime approprié et un mois après la disparition de tout autre symptôme, il y avait encore 0 gr. 42, d'urée dans le sang. Un peu plus tard, la rétention azotée a cessé et l'épreuve de l'azotémie provoquée a été négative.

---

### OBSERVATION IX

*(Résumé d'une observation de Grénet empruntée à la thèse de Sigogne)*

N... Clémence, 4 ans et demi.

Angine aiguë, à cocci, sans albuminurie.

Guérison.

Quelques jours après la sortie, néphrite hématurique.

---

### OBSERVATION X

*(Grénet, in Sigogne)*

Ch... Adrienne, 2 ans et demi, entre le 26 avril 1902 à l'hôpital pour une amygdalite aiguë à staphylocoque doré, avec adénopathies cervicales, sans albuminurie.

Le 30 avril, amélioration, la gorge est encore un peu rouge, les ganglions diminuent.

Le 1<sup>er</sup> mai, température 37,8 matin, 37,4 soir.

Pas d'albuminurie, guérison clinique.

Le 6 mai, brusquement, néphrite hématurique sans œdème ; l'enfant est mis au régime lacté.

Le 7 mai, l'hématurie est moins abondante et elle disparaît le 8 mai, mais l'albuminurie persiste jusqu'au 10 mai : à ce moment, les urines redeviennent normales et l'enfant sort guéri.

---

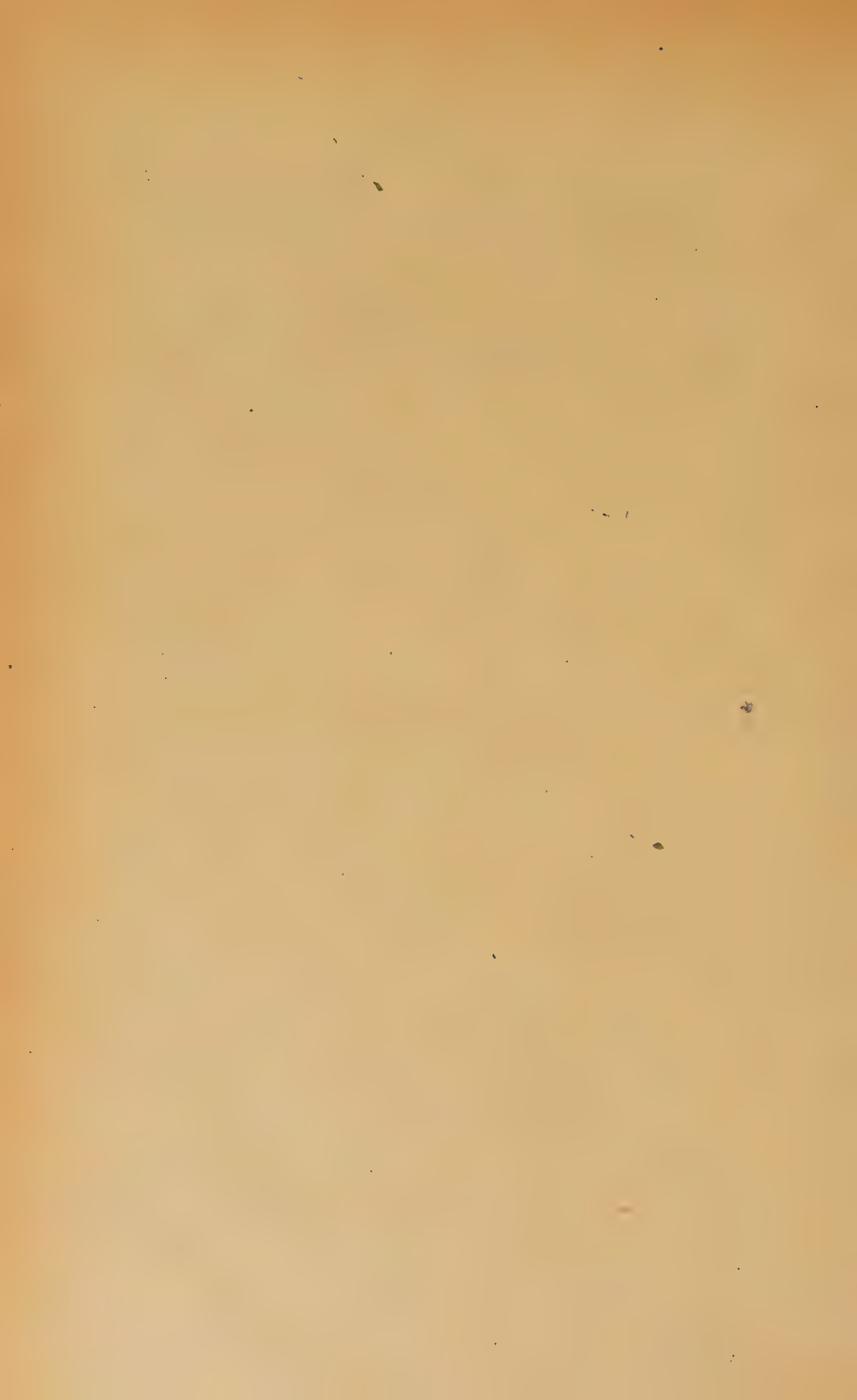
### OBSERVATION XI

*(Observation de Legendre, empruntée à la thèse de Pallegoix)*

A la suite de chaque poussée inflammatoire pharyngée, l'enfant demeurant malade quelques jours et l'urine contenait une très notable quantité d'albumine.

Sous l'influence du régime lacté, celle-ci disparaît, mais pour reparaitre peu après, à la suite d'une nouvelle poussée d'amygdalite.

Le chirurgien appelé en consultation pensait qu'il existait dans les amygdales un foyer d'infection et d'intoxication qui entretenait ce phénomène et détruisit les amygdales au galvano-cautère. L'albuminurie n'a jamais reparu.



## Conclusions

---

1° Les affections pharyngées sont susceptibles de se compliquer de néphrite particulièrement chez l'enfant, dès la deuxième année.

2° Ces néphrites sont dues, le plus souvent, au streptocoque qui, saprophyte de la gorge, y pullule à l'état virulent à l'occasion des poussées d'amygdalite ou d'adénoïdite.

3° Ces néphrites présentent deux caractères cliniques dominants ; d'une part, elles sont presque toujours hématuriques, qu'il s'agisse des hémorragies micro-chimiques des néphrites albumineuses dites fébriles, ou des hématuries abondantes, cliniques, qui, non exceptionnelles dans les néphrites avec rétention, peuvent constituer l'unique symptôme de l'altération rénale. D'autre part, elles présentent une tendance nette à la récurrence à l'occasion de poussées angineuses successives.

4° Le pronostic est en général favorable. Ces néphrites, facilement améliorées par le traitement habituel, guérissent souvent après nettoyage médico-

chirurgical du pharynx. Dans certains cas, où l'enfant est hérédosyphilitique, il est indiqué d'associer un traitement antisyphilitique en prenant toutes les précautions nécessaires.

*Vu, le Doyen,*

ROGER.

*Vu, le Président,*

NOBÉCOURT.

*Vu et permis d'imprimer :  
Le Recteur de l'Académie de Paris,*

APPELL.

---

## Bibliographie

---

1. BAXTER. — Arch. of. pédiatries, octobre 1919.
2. LÉON BERNARD. — Néphrite aiguë d'origine amygd.  
— Soc. Méd. Hôp. Paris, 1908.
3. BENOIT-GONIN. — Etude clinique sur l'albuminurie  
des angines. — Thèse Lyon, 1882.
4. BOUCHARD. — *Revue de Médecine*, 1881. — Des né-  
phrites infectieuses.
5. CASTAIGNE. — *Journal Médical Français*, octobre  
1921.
6. COMBY. — *La Médecine Moderne*, 1897.  
— La fièvre ganglionnaire. — *La Médecine in-  
fantile*, 1894-1895.  
— Soc. Méd. Hôp. de Paris, novembre 1908.  
— *Archives de médecine des enfants*, 1920. —  
Les néphrites chez les enfants.  
— *Traité des maladies de l'enfance*.  
— *Thér. et Proph. des mal. de l'enfance*.
7. CURSHMANN. — *Münch. Med. Woch.*, 1910, n° 6.
8. DESNOS. — *Dict. Méd. et Chir. pratiques*.
9. EPPINGER. — *Wiener Méd. Woch.*, 8 juin 1912.
10. FERNET. — Soc. méd. Hôp. de Paris, 1888.
11. GALLOIS. — *Bull. Méd.*, 26 septembre 1897.  
— *Société de Thér.*, 25 juin 1902.
12. GLADYS BOYD. — *American Journal of diseases of  
Children*.
13. HILL (de Boston). — *American Journal of diseases of  
Children*.

14. HUTINEL. — Cours de la Faculté, 1897.  
— *Archives de Médecine des enfants*, 1920. —  
Les néphrites syphilitiques.  
— Les maladies des enfants.
15. JEANSELME. — De l'arrière-gorge et de l'amygdale en particulier considérées comme portes d'entrée des infections. — *Gazette des Hôpitaux*, 25 janvier 1890.
16. KANNENBERG. — Uber Nephritis bei acuten Infections Krankheiten. — *Zeitschr. für Klin. Med.*, 1880.
17. LANDOUZY. — *Progrès Médical*, 1883.
18. LASÈGUE. — *Traité des angines*, 1868.
19. LE GENDRE. — Les albuminuries et les néphrites chez les enfants. — *Semaine Médicale*, 19 déc. 1894.
20. LETAINTURIER DE LA CHAPELLE. — Thèse de Paris, 1897-1898.
21. MARFAN. — La néphrite chronique de l'enfance. — *Presse Médicale*, 27 avril 1901. — *Académie de Médecine*, 19 avril 1910.
22. MOIZARD et GRENET. — Deux cas de néphrite hémor. au cours d'angines simples. — *Soc. Péd.*, 15 décembre 1903.
23. NOBÉCOURT. — *Précis de médecine des enfants*.  
— *Bulletin Médical*, 13 septembre 1919. — Les néphrites purpuriques des enfants.  
— *Journal des praticiens*, 4 juin 1921. — Les néphrites des enfants.  
— *La Pédiatrie pratique*, 5 janvier 1923. — Infections pharyngées et néphrites des enfants.
24. PALLEGOIX. — Thèse de Paris, 1901-1902. — Les néphrites aiguës bénignes dites primitives chez l'enfant.

25. Précis des maladies des enfants, par APERT et MARFAN.
26. SIGOGNE. — Thèse de Paris, 1901-1902. — Contribution à l'étude de la néphrite au cours et dans la convalescence des angines aiguës non spécifiques.
27. SOCA. — Sur la néphrite dans la fièvre gangr. — *Méd. inf.*, 1895.
28. TARIN. — De l'albuminurie dans l'amygdalite chronique. — Thèse de Paris, 1913.
29. Traité de médecine CHARCOT-BOUCHARD.
30. WILLS et SOWELL. — *New-York Medical Journal*, 16 avril 1916.
-

---

IMP. COMMERCIALE PERRETTE, LIMOGES

---